

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者の記入欄	被保険者証	記号	○ ○ ○	番号	○ ○ ○ ○ ○		
	被保険者氏名	健保 太郎			事業所名	○○○株式会社	
	療養をうける人	氏名	健保 花子			生年月日	昭和 ○ 平成 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日
		住所	○○市○○町1-1			電話	○○-○○○-○○○
	疾病名	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固Ⅸ因子障害(いわゆる血友病) 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群(HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)					
上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日 住所 ○○市○○町1-1 被保険者 氏名 健保 太郎							

医師の記入欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。					
	令和 年 月 日					
			名称			
	医療機関		所在地			
			電話			
		医師名				

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に被保険者のマイナンバーを記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

受付日付印

受付	年 月 日	常務理事	事務長		係
	年 月 日				